

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MONICA KLIMCZUK FERNANDES

NEOPLASIA DE PRÓSTATA - PROPOSTA DE MELHORIA NO ATENDIMENTO AO  
USUÁRIO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

RIO NEGRO

2011

MONICA KLIMCZUK FERNANDES

NEOPLASIA DE PRÓSTATA - PROPOSTA DE MELHORIA NO ATENDIMENTO AO  
USUÁRIO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Projeto Técnico apresentado à  
Universidade Federal do Paraná para  
obtenção do título de especialista em  
Gestão Pública em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Müller  
Larocca

RIO NEGRO

2011

Quantas vezes você foi força, paciência e acalanto.

Hoje eu gostaria que você vibrasse comigo,  
não porque eu venci, mas porque juntas vencemos  
mais um desafio em nossas vidas.

Dedico este trabalho em memória de minha mãe Vera,  
que demonstrou coragem, superação, e vontade de viver,  
ao lutar contra um Câncer de Mama.

## **AGRADECIMENTO**

Embora um trabalho de conclusão de curso seja pela sua finalidade acadêmica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Primeiramente a Deus, meu guia e fortaleza!

Aos meus Pais, exemplos de vida em todos os sentidos, especialmente em força, garra e dedicação extrema na criação e educação. A vocês devo o que hoje sou!

Aos familiares pela paciência e compreensão reveladas ao longo destes meses. Em especial a minha irmã Marcia e seu marido Fernando, pelo apoio, cuidados e dedicação dados a minha filha nos diversos momentos em que não pude estar presente, por força das circunstâncias.

A minha filha Laura, razão dos meus dias serem mais iluminados e se encherem de alegrias.

A Mestra em Educação e Enfermeira Marilene Brum Lemos, minha tutora a distância, que por muitas vezes se fez tão presente, por ter colaborado com suas críticas, correções e sugestões feitas durante meus estudos, e que muito contribuíram para essa conquista. Obrigada pela sua disponibilidade, generosidade e pelo incansável apoio moral ao longo desses 18 meses de trabalho.

À Professora Leoni Aparecida Jollembeck, minha tutora presencial, pela amizade demonstrada a cada encontro.

A Doutora em Educação e Enfermeira Liliana Muller Larocca, minha orientadora, pela contribuição na reflexão e melhoria deste trabalho e pela amizade então demonstrada.

A Mestra em Enfermagem e minha Coordenadora no Registro Hospitalar de Câncer, Rosa Helena Silva Souza, pela sua valiosa ajuda e apoio bibliográfico que contribuíram para a realização deste trabalho, e que também me ensinou com prazer e dedicação parte do que sei hoje sobre o câncer.

“O sucesso nasce do querer, da determinação  
e da persistência em se chegar a um objetivo.  
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos,  
no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NO MUNDO EM 2008 .....	13
FIGURA 2 - INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR CÂNCER, SEGUNDO OS TIPOS DE CÂNCER MAIS FREQUENTES NO BRASIL EM 2008, NO SEXO MASCULINO .....	13
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE MORTES POR CÂNCER EM HOMENS, PARANÁ, 2004 A 2008.....	14

## **LISTAS DE TABELAS**

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO ANUAL DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA, RHC-HC, 2005 A 2009 .....	22
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PRINCIPAIS MOTIVOS PARA O NÃO TRATAMENTO NA INSTITUIÇÃO, RHC-HC, 2005 A 2009.....	24

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1 OBJETIVO GERAL .....	10
1.2. JUSTIFICATIVA .....	10
<b>2 REVISÃO TEÓRICA .....</b>	<b>12</b>
2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA.....	12
2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .....	14
2.3 RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA.....	16
2.4 TRATAMENTOS DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	18
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
<b>4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....</b>	<b>23</b>
4.1 DESCRIÇÃO GERAL .....	23
4.2- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA .....	23
<b>5 PROPOSTA .....</b>	<b>25</b>
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	25
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	25
5.3 RECURSOS .....	26
5.4 RESULTADOS ESPERADOS.....	26
5.5 RISCOS E/OU PROBLEMAS QUE PODERÃO SER ENCONTRADOS NO DECORRER DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO .....	27
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>



## 1 INTRODUÇÃO

No contexto atual, o câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, sendo considerado um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica.

O contínuo crescimento populacional, bem como o envelhecimento da população, tem contribuído para aumentar significativamente as estimativas mundiais da doença, tanto em incidência quanto em mortalidade. Porém, observa-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido. Por este motivo, a prevenção e o controle da doença tornaram-se prioridades na Agenda da Saúde do Ministério.

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi proposta pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, como estratégia para ações integradas de controle das neoplasias malignas para todo o país, e considera vários componentes; desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por neoplasia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de óbito na população adulta e, de acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer, para o ano de 2010 seriam esperados 489.270 novos casos de câncer. Neste cenário, desconsiderando-se os tumores de pele não melanoma, os tipos mais incidentes serão os tumores malignos de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina.

O câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais frequente no mundo e o que mais prevalece em homens, representando cerca de 10% do total de casos de câncer. As taxas de incidência desse tipo de câncer são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos, comparados aos países em desenvolvimento relativizar um pouco, talvez a notificação/registro nos países desenvolvidos e que seja de melhor qualidade. Aparece como o tipo de câncer mais frequente nos homens em

todas as regiões do Brasil, foram estimados para 2010 52.350 casos novos. Estes valores correspondem a um risco de 54 casos novos de câncer da próstata a cada 100 mil homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Sabe-se que a idade é um fator de risco importante, uma vez que a incidência e a mortalidade aumentam após os 50 anos, portanto na oportunidade de uma consulta médica, os homens devem ser orientados a realizar exames específicos que possam vir a identificar precocemente sinais e alterações para esse tipo de neoplasia.

A inserção no serviço terciário para diagnóstico e tratamento precoce é imprescindível para que o usuário do SUS tenha maiores chances de cura, receba um tratamento menos agressivo e mutilante e apresente uma sobrevida de qualidade.

Com a investigação sistemática em prontuários de em um hospital de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se observar que no ano de 2009, dos 57 usuários que tiveram o diagnóstico de câncer de próstata, 25 deles não realizaram o tratamento na instituição, sendo que um dos principais motivos para tal foi a dificuldade/demora em conseguir retorno para consulta na especialidade de urologia, seja para conhecer o resultado do diagnóstico ou para realizar o tratamento.

## **1.1 Objetivo Geral**

Identificar a qualidade e dificuldades referentes ao atendimento de usuários portadores de neoplasia maligna de próstata em um hospital de referência após o diagnóstico, e propor melhorias no fluxo de atendimento a esses usuários.

## **1.2 Justificativa**

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) é uma importante fonte de dados para o estudo epidemiológico das neoplasias malignas atendidas em uma instituição

de alta complexidade, pois além de compilar informações sobre diversos tipos de câncer subsidia a verificação da qualidade da assistência oferecida aos usuários em cada especialidade.

Corroborando com a premissa de que quanto mais precoce for o diagnóstico e o início do tratamento do câncer maior são as chances de cura, foram analisados prontuários dos usuários no RHC para coletar informações a respeito dos casos de registros de câncer de próstata deste hospital. Tal análise permitiu verificar que muitos usuários que realizaram biópsia diagnóstica<sup>1</sup> não retornaram em tempo hábil para a realização do tratamento oncológico. Como parte da rotina estabelecida pelo serviço, que é o contato telefônico com estes para conhecimento das razões para não terem retornado, pode-se constatar que existe grande dificuldade para conseguir consulta de retorno na clínica especializada em Urologia, pela demanda que esta apresenta.

---

<sup>1</sup> biópsia diagnóstica é a retirada de um pequeno fragmento do tumor para avaliação em microscópio pelo médico.

## 2 REVISÃO DE TEÓRICO-EMPÍRICA

Para entender a respeito do tema de estudo, esta revisão aborda a Epidemiologia do câncer de próstata, no mundo, no Brasil, no Paraná com destaque para itens como incidência<sup>2</sup> e mortalidade<sup>3</sup>.

Visando estabelecer uma trajetória teórica a respeito da temática, abaixo destacamos os seguintes itens:

### 2.1 Câncer de próstata

O câncer da próstata é a principal neoplasia maligna (excluindo-se a pele) e a segunda que mais mata homens em todo o mundo, perdendo apenas para o câncer de pulmão. A incidência varia de acordo com o país e a raça, sendo mais frequente nos Estados Unidos e no Brasil que em países orientais (SBU, 2010).

Apesar da taxa de mortalidade ser alta, o tumor de próstata costuma ser indolente, apresentando crescimento lento, e podendo, o indivíduo, permanecer assintomático por vários anos, pois seu principal sintoma é a obstrução da uretra pelo tumor e na maioria dos casos só ocorre quando o câncer está em fases mais avançadas (PINHEIRO, PEDRO SARAIVA, 2011).

Apresenta-se a seguir algumas figuras de representações gráficas de taxas de incidência e mortalidade do câncer de próstata no mundo, dos tipos mais frequentes no Brasil e de mortalidade no Paraná.

---

<sup>2</sup> Incidência: número de casos novos de uma determinada doença que surgem no período de um ano por cada 100000 habitantes.

<sup>3</sup> Mortalidade: dado demográfico do número de óbitos registrados, em média por mil habitantes, numa dada região num período de tempo.

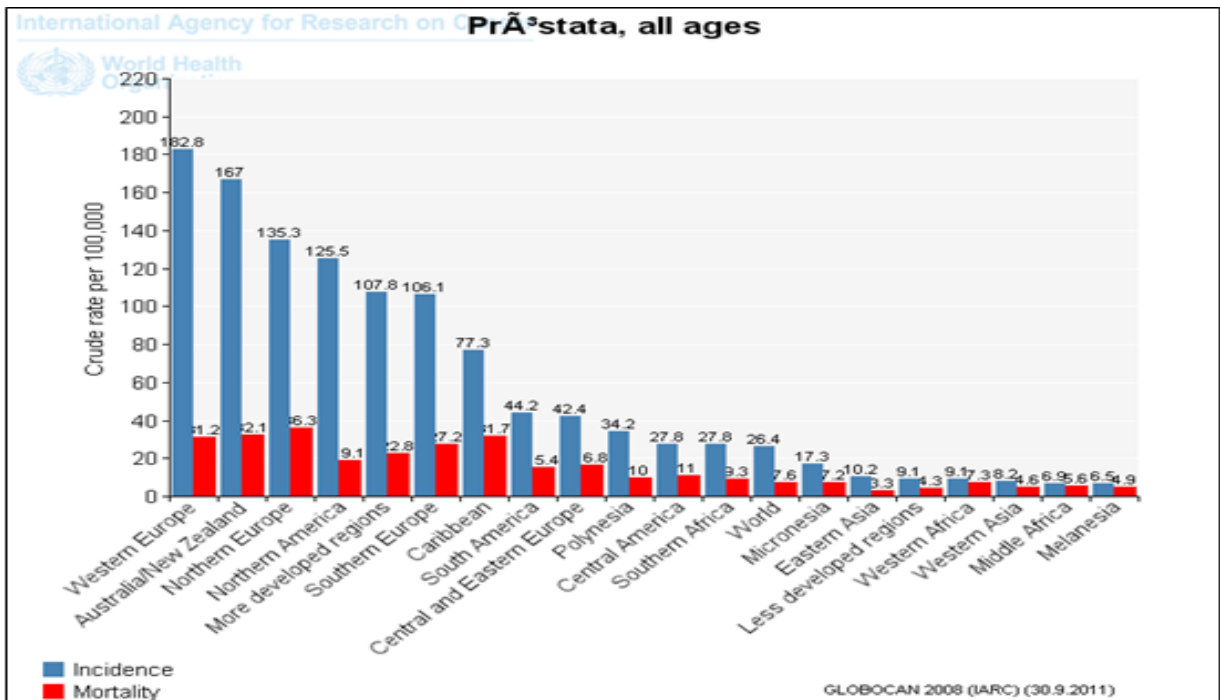


FIGURA 1 - INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NO MUNDO EM 2008  
Fonte: Globocan 2008 (IARC)

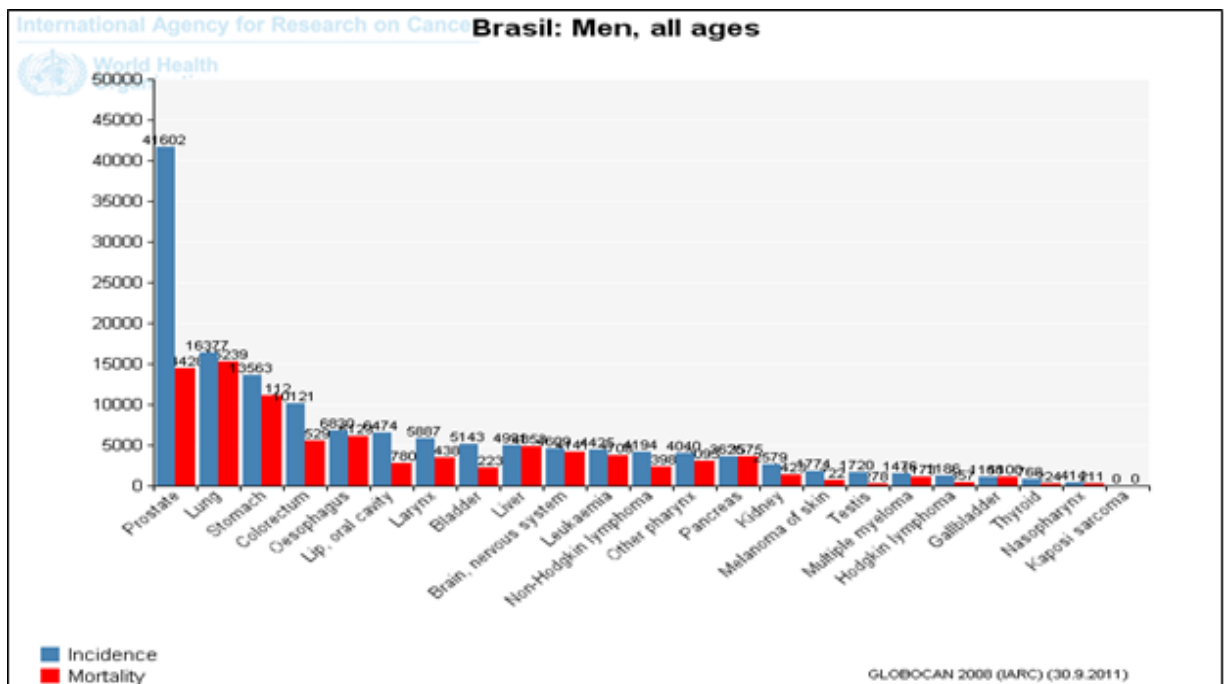


FIGURA 2 - INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR CÂNCER, SEGUNDO OS TIPOS DE CÂNCER MAIS FREQUENTES NO BRASIL EM 2008, NO SEXO MASCULINO  
Fonte: Globocan 2008 (IARC)

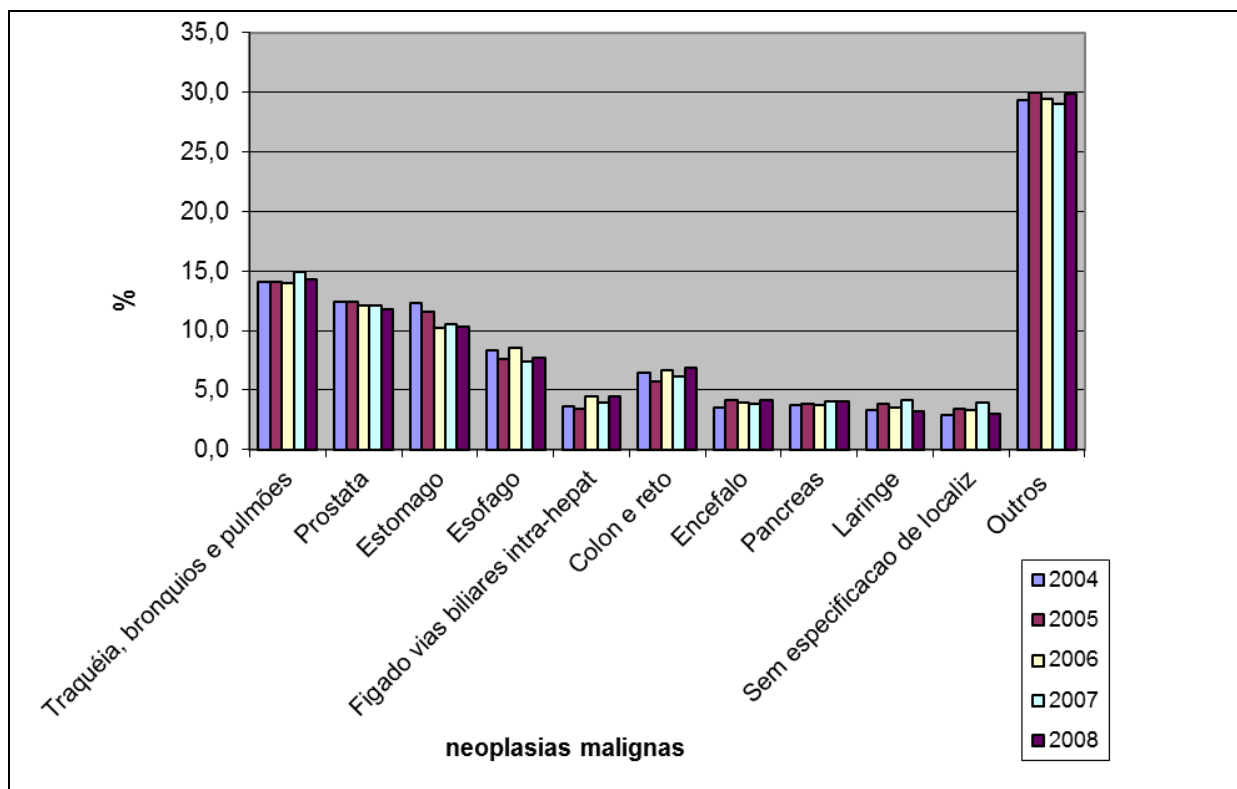


FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE MORTES POR CÂNCER EM HOMENS, PARANÁ, 2004 A 2008.

Fonte: SESA/PR, 2009.

## 2.2- Políticas de atenção oncológica e Vigilância Epidemiológica

Na década de 30, um grupo de médicos brasileiros começou a preocupar-se com a prevenção e o controle do câncer, tomando-o como um problema de saúde pública, e já imaginava uma “ampla política sanitária de combate ao câncer”. Porém ela só ocorreu depois 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e quando o Ministério da Saúde passou a desenvolver ações descentralizadas nas áreas da informação (registros de câncer), prevenção (controle do tabagismo e do câncer do colo uterino) e educação em Oncologia (KLIGERMAN, JACOB, 2002).

Mais tarde, um Regimento do Ministério da Saúde atribuiria ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), como órgão próprio e sua instância técnica, “assistir o Ministro de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer” (KLIGERMAN, JACOB 2002).

Assim, todas as iniciativas passaram a ter como diretriz maior, a própria formulação de uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC),

hoje essa diretriz é conhecida como, Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).

Essa política visa reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil por meio de ações contínuas que levem à conscientização da população quanto aos fatores de risco, promovam a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e propiciem o acesso a um tratamento justo e de qualidade em todo território nacional. Seus componentes fundamentais são promoção e vigilância em saúde, atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade (CONASS, 2005). Desse modo, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde responsável pela coordenação e execução desta Política de Prevenção e Controle, vem estruturando, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, programas e ações nacionais de controle:

- Do câncer de mama (SISMAMA);
- De colo uterino (SISCOLO);
- Sobre fatores de risco como: tabaco e álcool;
- Promoção a hábitos de vida mais saudáveis como: dieta balanceada e prática de exercícios físicos;
- Expansão da assistência oncológica (Projeto EXPANDE);
- Programa de Transplante de Medula Óssea – REDOME;
- Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco.

Criado em 1999, o Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer, tem como objetivo conhecer com detalhes o atual quadro do câncer no Brasil e de seus fatores de risco, pois é preciso conhecer o perfil do câncer na população, para planejar políticas e ações para o seu enfrentamento, bem como avaliar as ações desenvolvidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Diferentes sistemas de informação<sup>4</sup> permeiam a atenção ao câncer, fornecendo dados, sejam vinculados ao pagamento dos procedimentos realizados na instituição prestadora de serviço, relacionados à mortalidade; ou mais específicos como os de registro de câncer, de base populacional ou hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A vigilância do câncer realizada por meio da implantação, acompanhamento

---

<sup>4</sup> Sistemas de informação é a expressão utilizada para descrever sistema seja ele automatizado ou manual, que abrange pessoas, máquinas, e/ou métodos organizados para coletar, processar, transmitir e disseminar dados que representam informação para o usuário e/ou cliente.

e aprimoramento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBPs) e dos Registros Hospitalares de Câncer (RHCs), acabam se inserindo no contexto da atual política de atenção oncológica e das diretrizes traçadas pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como fontes imprescindíveis para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e clínicas, processamento, análise e divulgação de informações sobre a doença, de forma padronizada, sistemática e contínua, possibilitando o planejamento e avaliação das ações de controle do câncer por região.

Os Registros Hospitalares coletam dados de todos os usuários atendidos no hospital com diagnóstico confirmado de câncer, e tem sido descrito como um espelho que reflete o desempenho do corpo clínico em relação à assistência prestada aos usuários, por meio da análise do seu banco de dados.

A instituição na qual realizei o projeto está de acordo com a PNAO, e seu Registro de Base Hospitalar, disponibiliza a comunidade interna um conjunto de informações relacionadas às características dos indivíduos atendidos, os recursos utilizados no diagnóstico, os tipos de tratamentos realizados, bem como o período ocorrido entre a 1ª consulta, o diagnóstico, o início do tratamento, refletindo então a qualidade do atendimento prestado no hospital. Além disso, possibilita a avaliação da evolução da doença e sobrevida do paciente, dados relevantes para uma avaliação clínico-epidemiológica.

Cabe ressaltar que esta coleta de dados é retrospectiva, realizada aproximadamente 1,5 anos após o diagnóstico, período necessário para investigação com informações sobre a evolução dos casos.

Com a consulta e análise dos prontuários dos usuários com câncer de próstata atendidos no hospital em 2009 observou-se que há descontinuidade no atendimento de alguns pacientes diagnosticados com câncer de próstata, contrariando o que é preconizado pelas Diretrizes de Atenção ao Câncer, que determina ações que garantam a qualidade, assistência e tratamento do câncer, que possam ser absorvidas pelo SUS (INCA, sem ano).

### **2.3 Rastreamento para o câncer de próstata**



Sabe-se que a detecção precoce do câncer de próstata compreende duas diferentes estratégias: aquela destinada a indivíduos que apresentam sintomas ou sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e aquela, voltada para pessoas sem qualquer sinal ou sintoma.

Já o rastreamento seletivo, é feito apenas nos casos de homens acima de 45 anos que tenham histórico familiar de pai ou irmão com câncer de próstata, estes devem ser investigados (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Os exames, comumente utilizados para se detectar, precocemente ou não, esse tipo de câncer, são:

1. Toque retal, mais utilizado, porém limitado, uma vez que somente as porções posterior e lateral da próstata podem ser palpadas;
2. Exame de PSA<sup>5</sup>, a dosagem do antígeno prostático-específico surgiu como teste promissor na detecção precoce deste tipo de câncer, porém a relação custo-benefício deve ser cuidadosamente avaliada;
3. Exame de ultra-sonografia transretal, no qual um aparelho gera a imagem da próstata e as outras estruturas do assoalho pélvico na tela de um monitor, onde é possível visualizar alterações de tamanho ou forma (ZELMANOWICZ, ALICE DE MEDEIROS, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde, dando continuidade ao Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata, instituído em 2001, realizou na cidade do Rio de Janeiro a Oficina de Trabalho para o Consenso sobre o Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata, e contou com a participação de diversos profissionais das áreas de urologia, radioterapia, saúde pública, patologia clínica, anatomia patológica e INCA. Esse grupo tinha como objetivo chegar a um acordo e traçar diretrizes, relacionado ao câncer da próstata, para a implementação do Programa nas formas de prevenção (rastreamento), diagnóstico e tratamento, em todos os estágios evolutivos da doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Após inúmeras discussões, chegaram ao consenso de que o rastreamento como estratégia de saúde pública se baseia em evidências científicas de qualidade. Como não há nada que comprove que o rastreamento do câncer de próstata produz

---

<sup>5</sup> PSA ou Antígeno Prostático Específico é uma enzima com algumas características de marcador tumoral ideal para diagnóstico, monitorização e controle da evolução do câncer de próstata.

mais benefício que dano, decidiu-se não indicar o rastreamento populacional, baseado na ausência de sua efetividade; sensibilizar a população masculina a adotar hábitos saudáveis de vida; sensibilizar os homens com idade entre 50 e 70 anos a procurar os serviços de saúde se houver a possibilidade de detecção do câncer da próstata; sensibilizar os profissionais de saúde (generalistas e especialistas), quanto aos avanços nos campos da prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer da próstata; estabelecer parcerias com instituições universitárias visando inclusão no currículo das escolas, temas relacionados à prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos no câncer da próstata (BRASIL, 2002).

Durante a análise dos prontuários no RHC pode-se observar que a maioria dos usuários atendidos nesta instituição, veio encaminhado com alguma queixa do tipo: dificuldade para urinar, jato urinário fraco, sensação de não esvaziar bem a bexiga e sangramento na urina. Alguns repetiram o exame de PSA, outros realizaram o exame pela 1ª vez, outros fizeram a biópsia diagnóstica direto, porque a instituição é referência, segundo o Ministério da Saúde, para esse tipo de tratamento.

## **2.4 Tratamentos do câncer de próstata**

Segundo o documento de Consenso para o câncer de próstata, o tratamento deve ser individualizado para cada indivíduo levando-se em conta a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos técnicos disponíveis. (BRASIL, 2002)

Normalmente nos estádios<sup>6</sup> iniciais da doença (1 e 2) é realizado apenas um tipo de tratamento (monoterápico), isso porque o câncer está localizado e é potencialmente curável através de cirurgia ou radioterapia, enquanto que nos estádios mais avançados (3 e 4) geralmente uma combinação de tratamento é a melhor opção. Entre as combinações mais utilizadas podemos destacar: bloqueio

---

<sup>6</sup> Estádios: extensão da doença. O estádio da doença está associado ao facto de o tumor ter, ou não, invadido os tecidos vizinhos, e de se ter disseminado para outras regiões do organismo.

hormonal e cirurgia radical ou radioterapia externa, ou cirurgia radical seguida de radioterapia (BRASIL, 2002).

Entre as opções de tratamentos oferecidos e suas indicações pode-se citar:

### **1. Prostatectomia radical**

É a remoção total da próstata e das glândulas seminais, procedimento padrão-ouro para o tratamento de câncer da próstata localizado.

Segundo o Consenso (2002, p 15), “cerca de 85% dos pacientes submetidos à PTR não apresentam evidência de doença após cinco anos, e 2/3 após 10 anos”.

### **2. Radioterapia Externa**

É também uma ótima opção para o tratamento da doença localizada e pode ser indicada para pacientes que tenham contra indicação à cirurgia. São necessárias várias sessões, rápidas e indolores. A dose mínima de RXT sobre a próstata deve-se respeitar a tolerância dos tecidos normais adjacentes.

### **3. Braquiterapia (radioterapia intersticial)**

Outra opção para tumores localizados. O material radioativo, no caso, é liberado apenas perto da glândula, onde precisa atuar. Isso preserva um maior número de células sadias.

Deve ser evitada no caso de tumor volumoso ou submetida previamente à ressecção prostática e em próstatas menores que 20 g.

### **4. Tratamentos combinados**

É a combinação de duas ou mais modalidades terapêuticas. Normalmente é utilizada nos casos onde a doença já está mais adiantada e a meta é a cura destes pacientes.

Pode ser uma combinação de bloqueio hormonal e cirurgia radical ou radioterapia externa, ou cirurgia radical seguida de radioterapia.

### **5. Hormonioterapia**

Aplicada quando o câncer já se espalhou, não cura, mas reduz o seu tamanho. Consiste na remoção dos testículos (**orquiectomia bilateral**), ou no uso de remédios (**supressão androgênica**) que previnem a produção ou bloqueiam a ação do hormônio testosterona. Muitos não aceitam a conduta, devido à redução da libido ou ao crescimento das mamas.

### **6. Observação vigilante**

É uma opção frente à doença localizada, porém deve ser empregada apenas em pacientes acima de 75 anos, com expectativa de vida limitada e tumores de

baixo grau histológico, ou aos portadores do câncer indolente, isto é, que cresce devagar.

### 3 METODOLOGIA

Para realização deste projeto foi necessário um estudo de natureza qualitativo. Quantitativo, utilizando análises estatísticas, para conhecer o perfil epidemiológico do câncer da próstata; e qualitativo para avaliação da assistência oncológica oferecida aos portadores desta neoplasia na instituição.

Em cumprimento a Portaria Nº 3.535, de 02/09/1998, do Ministério da Saúde, ficou estabelecido que o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia seguiria critérios estabelecidos em seu item 2.3, que diz:

“devem estes centros dispor e manter em funcionamento um Registro Hospitalar de Câncer, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde”.

Além da utilização de suas informações para pesquisa, os dados de um RHC são utilizados para gerar indicadores de avaliação da eficácia da assistência prestada e produzir informações para o planejamento em saúde e cuidados ao paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Desta forma buscou-se no hospital o Serviço de Epidemiologia, onde o Registro Hospitalar de Câncer está inserido desde 2004, a fim de solicitar e trabalhar o banco de dados das neoplasias da próstata, dos anos por ele já coletados.

Na primeira etapa foram selecionados no banco do Sistema Informatizado de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC), todos os casos com Código Internacional de Doenças (CID) C61. 9<sup>7</sup>, correspondente a neoplasia maligna da próstata e solicitado sua exportação para uma planilha de Excel. Foram exportados os dados relativos ao intervalo dos anos de 2005 a 2009.

Na segunda etapa, já com os dados planilhados, foi selecionado a coluna de “data de primeiro atendimento”, por ordem crescente de ano, para depois separá-los em outras planilhas.

Na terceira etapa verificou-se quantos usuários receberam tratamento na instituição e quantos não realizaram, por ano de entrada.


---

<sup>7</sup>CID: Classificação Internacional de Doenças, fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, neste caso CID C61.9 corresponde a neoplasia maligna da próstata.

A quarta etapa consistiu em comparar o número total de pacientes atendidos por ano, bem como o número dos que trataram ou não na instituição, e verificar se estava sendo mantida uma média equivalente entre os anos.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO ANUAL DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA, RHC-HC, 2005 A 2009.

<b>Ano de Admissão</b>	<b>Nº total de pacientes atendidos</b>	<b>% dos que trataram</b>	<b>% dos que não trataram</b>
2005	81	67	33
2006	88	66	34
2007*	50	70	30
2008	48	69	31
2009	57	56	44

 Ano a ser analisado

\* ano de greve dos funcionários

FONTE: MONICA K. FERNANDES, 2011

Neste momento houve a necessidade de reflexão sobre a assistência prestada nesta instituição, pois se notou que em 2009, a porcentagem de pacientes que não tratou na instituição subiu 13% em relação ao ano de 2008 e 14% em relação a 2007. Qual seria o motivo pelo qual estes não estavam realizando o tratamento aqui?

Assim, como última etapa, os dados do estudo serão apresentados, junto a uma proposta de implementação de melhorias no retorno/atendimento/tratamento aos usuários com diagnóstico de câncer da próstata, para a Diretoria de Assistência<sup>8</sup> deste hospital, no intuito de que a mesma possa colaborar na melhoria do fluxo do serviço de Urologia.

<sup>8</sup> Diretoria de Assistência gerencia a assistência integral à saúde, á nível médico de apoio, de diagnóstico e de terapia, integrando-a ao ensino, pesquisa e extensão. Também representa a Instituição na execução e o acompanhamento da contratualização de prestação de serviço pelo Hospital junto ao gestor de saúde local - Secretaria Municipal da Saúde.

## **4 ORGANIZAÇÃO PÚBLICA**

### **4.1 Descrição Geral**

Trata-se de um grande hospital de referência para o Estado do Paraná. É uma instituição de serviços 100% SUS, de atendimento hospitalar geral, pública, universitária, de referência para o Estado e Município em Transplante de Medula Óssea, Transplante Hepático e Renal, Cirurgias Cardíacas, Banco de Ossos, Hematopediatria, entre outros. Além disso, é credenciado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON), oferecendo diagnóstico e tratamento oncológico aos seus usuários.

Em sua estrutura predial (unidades de internação, ambulatorios, serviços de exames etc.) circulam diariamente cerca de 10 mil pessoas, atende uma média/mês de quase 61 mil (60.920) pacientes, com 1.464 internações e 837 cirurgias. Possui 261 Consultórios, 510 Leitos, 59 Especialidades, conta com mais de 5.263 funcionários entre técnicos e auxiliares de enfermagem, farmácia e laboratório, técnicos de RX, médicos, médicos residentes, residentes multiprofissionais, docentes do curso de medicina e alunos de medicina, enfermagem e outras áreas afins (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, 2011).

### **4.2- Diagnóstico da situação problema**

Observou-se em 2009 um grande número de usuários que não realizaram o primeiro tratamento para neoplasia maligna de próstata na instituição.

Considera-se este número relativamente alto para uma instituição que é referência no atendimento oncológico (RHC – HC, 2011).

Após um retorno ao banco de dados, esquadriharam-se outras informações que pudessem esclarecer a ausência de tratamento para um número elevado e pode-se concluir que:

- 12,3% dos usuários recusaram o tratamento proposto por esta instituição, com receio das complicações do tratamento, que incluem impotência, incontinência urinária e diminuição da libido;
- 10,5% foram encaminhados para tratamento de radioterapia em outra instituição<sup>9</sup>, e não retornaram mais;
- 8,8% alegaram ainda estarem na fila de espera aguardando a consulta de retorno neste hospital;
- 7% apenas acompanham a evolução da doença (Observação Vigilante);
- 5,4% foram a óbito antes de poderem iniciar o tratamento.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PRINCIPAIS MOTIVOS PARA O NÃO TRATAMENTO NA INSTITUIÇÃO, RHC-HC, 2005 A 2009.

<b>Motivo pelos quais os pacientes não trataram</b>	<b>Nº</b>
Recusaram o tratamento proposto na instituição	7
Encaminhados para Radioterapia em outra instituição*	6
Demora no agendamento de retorno	5
Apenas Acompanham (Observação Vigilante)	4
Óbito	3

\* O Hospital de Clínicas não possui Serviço de Radioterapia

FONTE: MONICA K. FERNANDES, 2011

O ambulatório de Urologia oncológica atende de 30 a 40 consultas por dia e tem uma demanda reprimida. O agendamento das primeiras consultas é feito pelas Unidades de Saúde, e as consultas de retorno, quando necessárias, devem ser agendadas pela equipe que atendeu o paciente.

Outro item observado foi que o laudo da biópsia não era visto por esta equipe médica, uma vez que estes laudos depois de liberados pela anatomia patológica não são encaminhados às respectivas clínicas que realizaram a biópsia para avaliação, e sim ao arquivo hospitalar, onde são arquivados no prontuário do usuário. Desta maneira se o mesmo não retorna para consulta, ninguém saberá ou terá acesso a este laudo e, portanto nada poderá ser feito por esse usuário.

<sup>9</sup> O HC/UFPR não oferece este tipo de serviço, então em parceria com outras instituições (Hospital Erasto Gaertner e Hospital Angelina Caron) encaminha seus usuários.



## 5 PROPOSTA

### 5.1 Desenvolvimento da proposta

Para a consolidação desta proposta, será necessário primeiramente a realização de reuniões com as áreas envolvidas, equipe da especialidade de Urologia oncológica, Direção de Assistência e Chefia de Ambulatórios, para expor o problema encontrado e sugerir estratégias, a fim de conseguir implantar um fluxo que garanta a estes usuários com diagnóstico de câncer de próstata na instituição, retorno a consulta e tratamento.

É uma proposta estratégica de intervenção que irá apresentar resultados no impacto da assistência prestada na instituição.

Entre outras áreas que deverão ser envolvidas nesta proposta uma delas é o Serviço de Anatomia Patológica. Hoje já é possível a emissão de relatórios mensais com o resultado das biópsias realizadas no hospital, por essa razão ficariam responsáveis pela emissão, revisão e encaminhamento de relatório com todos os laudos positivos de neoplasia maligna a Direção de Assistência mensalmente. A partir deste relatório, seriam identificados os usuários e verificado se o mesmo tem consulta de retorno agendada no ambulatório.

O RHC, por sua vez ao coletar as informações verá os resultados e dará o *feedback*<sup>10</sup>, a instituição.

### 5.2 Plano de implantação

- Marcar reunião com a equipe da Urologia, Direção de Assistência e Chefia dos ambulatórios;

---

<sup>10</sup> Feedback: retorno de informação ou, simplesmente, retorno.

- Emitir relatório de biópsias mensalmente (auxiliar administrativo do serviço de anatomia patológica), entregar a chefia da Patologia para conferência e ciência;
- Encaminhar o relatório para a Direção de Assistência, para que esta junto à chefia de ambulatório identifique os casos de câncer e confirme se existe consulta de retorno marcada no ambulatório para aquele usuário com laudo positivo para neoplasia;
- Nos casos que não tenha consulta agendada, o auxiliar administrativo do serviço de ambulatórios deverá se portar ao médico, chefe do ambulatório de urologia, para disponibilizar um retorno para o(s) usuário(s) em questão;
- Verificar no cadastro o telefone do usuário e agendar retorno com ele (auxiliar administrativo do serviço de ambulatórios).

### **5.3 Recursos**

Neste caso seria necessário o apoio de um auxiliar administrativo que pudesse checar os usuários com laudo positivo de neoplasia, verificando se os mesmos têm retorno agendado ou não, bem como a participação do Serviço Social para realizar o contato e o agendamento com aqueles sem retorno.

Na impossibilidade de se ter essa parceria, a auxiliar administrativa do ambulatório de urologia ou até mesmo a do andar de internamento poderia se responsabilizar por essa tarefa, já que estão em contato direto com os residentes.

Será necessária a disponibilização de uma sala, para eventuais reuniões das áreas, para ver o andamento do projeto e avaliar possíveis mudanças.

### **5.4 Resultados esperados**

Com a implementação do projeto espera-se:

- Garantir a revisão dos laudos de biópsia mensalmente por profissionais da área;
- Garantir o retorno de usuários com laudo positivo para neoplasia de próstata, para que inicie o mais precocemente, o primeiro tratamento na instituição.

Com isso, espera-se encontrar futuramente, um perfil epidemiológico de incidência de atendimento aos usuários da instituição, bem diferente do encontrado atualmente.

### **5.5 Riscos e/ou problemas que poderão ser encontrados no decorrer da implantação do projeto.**

- A não localização do usuário, por desatualização do cadastro na instituição ou mudança de telefone e endereço;
- Falta de profissionais para atendimento na clínica de urologia oncológica, devido à grande demanda desta especialidade;
- Aparelho de ultrassom utilizado para biópsia guiada com defeito, ou sem profissional qualificado para a realização do procedimento;
- Falta de agulha longa e fina, também utilizada para realizar biopsias, quando não há necessidade de ultrassom;
- Falta de reagente, no laboratório, para realização do exame de PSA;
- Falta de comprometimento de uma das áreas envolvidas no projeto;
- Usuários recusarem o tratamento oferecido na instituição;
- Férias de funcionários e médicos;
- Ausência de um Serviço de Radioterapia.

## 6. CONCLUSÃO

O objetivo inicial do trabalho realizado neste hospital, considerado de referência terciária ao atendimento oncológico, foi de descrever e traçar o perfil epidemiológico, dos diversos tipos de câncer que a instituição atende.

Analisando os dados, ficou claro que os dados levantados eram muito ricos e mais que suficientes para medir a qualidade da assistência/tratamento aos usuários com neoplasia maligna, que são atendidos no hospital.

Sendo assim, foi escolhido um câncer com uma alta incidência e mortalidade do sexo masculino, e de interesse para saúde pública.

A existência de um Registro Hospitalar de Câncer dentro da instituição foi de grande valia para a elaboração do projeto, pois por meio do levantamento de sua base de dados, ficou acessível avaliar a trajetória do atendimento ao usuário com câncer de próstata, desde sua entrada, primeira consulta, até o final de seu tratamento no hospital, e analisar as falhas que ocorrem neste processo.

Muitas destas “falhas” são decorrentes das contradições existentes entre a realidade de saúde e as políticas públicas para seu enfrentamento.

A crise no sistema de saúde pode ser constatada através de fatos conhecidos como a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência, atraso no repasse de pagamentos para os serviços conveniados ao Ministério da Saúde, baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médico-hospitalares, filas de espera para atendimentos em serviços de saúde e clínicas especializadas, verificou-se 8,8% de usuários aguardando consulta, e a falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população.

A falta de um Serviço de Radioterapia também foi um fator determinante, já que 10,5% dos usuários optaram ou foi indicada essa modalidade terapêutica como primeiro tratamento.

Deste modo, acredita-se que o estudo e a proposta de melhoria no atendimento do Serviço de Urologia, possam trazer colaborações e esclarecer as altas taxas de desistência ou não realização de tratamento na instituição. Este projeto também poderá contribuir para analisar outros fatores de interesse institucional.

Conclui-se também, que o diagnóstico e o início de tratamento precoce, consequentemente possibilitam a cura, além da melhora na qualidade de vida.

## 7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. - Rio de Janeiro: INCA, 2002. Acesso em 20 de setembro de 2011. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer\\_da\\_prostata.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf)>
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Depto de Ciência e Tecnologia. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007. Acesso em 03 de julho de 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/cancer.pdf>>
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. A situação do câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer – uma proposta de integração ensino-serviço (pdf) 3ed. Políticas Públicas de Saúde. Acesso em 02 de setembro de 2011. Disponível em:  
<<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap3.pdf>>
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2010 - Incidência de Câncer no Brasil. Coordenação e Vigilância de Câncer. 2009.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco 2007.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer. Próstata. Acesso em 28 de agosto de 2011. Disponível em:  
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Rastreamento para o Câncer da Próstata – Diretrizes. Acesso em: 30 de agosto de 2011. Disponível em:  
<[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz\\_rastreamento\\_prostata.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf)>
9. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Institucional. HC em números. Acesso em 22 de setembro de 2011. Disponível em:  
<<http://www.hc.ufpr.br/dru6/?q=node/261>>
10. KLIGERMAN, JACOB. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (pdf). Revista Brasileira de Cancerologia - Volume 48 nº1 Jan/Fev/Mar 2002. Acesso em 10 de setembro de 2011. Disponível em:  
<[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v01/editorial.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/editorial.html)>
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Política Nacional De Atenção Oncológica. 26 a: NT revisada após CT de Atenção à Saúde em

26/10/2005. CONASS. Acesso em 25 de agosto de 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf)>

12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer. Registro Hospitalar de Câncer – Rotinas e Procedimentos. 1ª Edição. Rio de Janeiro, 2000.

13. ZELMANOWICZ, ALICE DE MEDEIROS. Câncer De Próstata - Detecção Precoce. Portal do ABC da Saúde. 2001. Acesso em 11 de setembro de 2011. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?123>>

14. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes do modelo de gestão. Diretrizes de Atenção em Câncer. Acesso em 15 de setembro de 2011. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=490](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=490)>

15. SBU -SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Câncer de próstata. 2010. Acesso em 20 de setembro de 2011. Disponível em: <<http://www.sbu.org.br/2010/03/cancer-de-prostata/>>

16. PINHEIRO, PEDRO SARAIVA. Câncer de Próstata – Sintomas e tratamentos. MD. Saúde, 2011 (Internet). Acesso em 20 de setembro de 2011. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-aumento-cancer-prostata.html#ixzz1ZRGHHQzv>>

17. GLOBOCAN 2008. International Agency for Research on Cancer (IARC).Cancer Mondial. Acesso em 30 de setembro de 2011. Disponível em: <[http://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3Diarc%26hl%3Dpt-BR%26biw%3D1366%26bih%3D599%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=en&u=http://globocan.iarc.fr/&usg=ALkJrhi425zymFJLTd7jeZ3\\_VVWpOW6O6Q](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3Diarc%26hl%3Dpt-BR%26biw%3D1366%26bih%3D599%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=en&u=http://globocan.iarc.fr/&usg=ALkJrhi425zymFJLTd7jeZ3_VVWpOW6O6Q)>

**18.** SESA- Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Morbi-Mortalidade Por Doenças E Agravos Não Transmissíveis No Paraná, 2004 a 2008. Curitiba, 2009. Acesso em 29 de setembro de 2011. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1095>>